

Casos Clínicos:

**MANEJO QUIRURGICO DE GRANULOMA PIOGÉNICO ATÍPICO: PRESENTACIÓN DE CASO**

[HOME](#) > [EDICIONES](#) > [VOLUMEN 46 N° 4 / 2008](#) >

*Recibido para arbitraje: 23/04/2007*

*Aceptado para publicación: 12/06/2007*

- **Cedeño J.A. \***, **García R. \***, **Cutanda M. M. \* \***; **Gomez J. A\*\*\***.

\* Prof. Postgrado de Cirugía Bucal U.C.V.

\*\* Estudiante 5° año de Odontología U.C.V. Preparador de la Cátedra de Cirugía.

\*\*\* Estudiante 5° año de Odontología U.C.V.

**RESUMEN.**

El Granuloma Piogénico (G. P.) es una reacción hiperplásica del tejido de granulación originada en mucosa bucal a consecuencia de agentes inflamatorios diversos que evoluciona hacia la ulceración, esta lesión puede ser iniciada por microtraumatismos repetitivos. Se trata de paciente femenina de 20 años de edad, de raza negra, la cual acudió a consulta al Post-grado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela por presentar lesión recidivante en la zona postero- superior derecha del maxilar. Al examen intrabucal se observó lesión tumoral, localizada en reborde postero-superior derecho entre el 15 y el 18, de aproximadamente 3cm de diámetro, móvil, base sésil, color rosado oscuro, algunas zonas eritematosas y ulceradas, se encontraba cubierta por una membrana blanquecina en zonas traumatizadas por el molar antagonista, presenta placa e irritantes locales. 15 y 16 desplazados y vestibularizados con movilidad grado II a III, ausencia de 17 y 18. En la evaluación imagenológica se observó pérdida ósea y no se observó cortical definida del seno maxilar del lado derecho. En el acto quirúrgico se decidió realizar biopsia excisional de la lesión, exodoncia de 14, 15, 16 y 18 y por la comunicación bucosinusal se realizó rotación del colgajo palatino hacia el defecto óseo-mucoso. La planificación del caso se realizó tomando en cuenta cada una de las variables del caso como fue la eliminación de proceso patológico y adicionalmente a esto solucionar los defectos quirúrgicos que queden en el paciente. Permitiendo de esta manera lograr una mejor rehabilitación del paciente.

**PALABRAS CLAVE.** Granuloma Piogénico, tratamiento quirúrgico, biopsia excisional.

**ABSTRACT.**

The Pyogenic Granuloma (P.G.) is a hyperplastic reaction of the granulation tissue originated on the buccal mucous as a consequence of diverse inflammatory agents that develops in the ulceration. Such lesion can be generated by repeated micro traumatismos. It is about a 20 years-old, female, African-American patient who came to the consulting room at the post-graduate school of buccal surgery because of a relapsing lesion on the back-right side of the upper maxillary. A tumor lesion was observed during the intrabuccal examination. It was located on the upper-right border between the 15 and the 18, of 3 mm. In diameter approximately, mobile, of sessile base, dark pink, with some erythematous and ulcerated regions. It was covered with a whitish membrane which was traumatized by the antagonistic molar. It presented plaque and local irritants. 15 and 16 were vestibularized with mobility grade I and II, and absence of 17 and 18. Osseous loss was observed in the imageneologic evaluation and no defined cortical of the maxillary sinus on the right hand side was observed. It was decided to perform an excisional biopsy; an endodony of 14, 15 16 and 18; and a rotation of the palatial flesh tissue in the direction of the osseous mucous defect. The case planning was performed taking into consideration each one of the variables as it was the elimination of the pathological process and, in addition to this, the solution of the surgical defects left on the patient thus allowing for better rehabilitation of the patient.

**KEY WORDS.** Pyogenic Granulome, surgical treatment, excisional biopsy.

**INTRODUCCIÓN.**

El Granuloma Piogénico (G. P.) es una reacción hiperplásica del tejido de granulación originada en la mucosa bucal a consecuencia de agentes inflamatorios diversos y que evoluciona hacia la ulceración(1). Primero se pensaba que era una infección micótica de los caballos que fue transmitida al hombre(2), luego se creyó que el G. P. era una infección por Estafilococos o Estreptococos ya que estos microorganismos producen colonias con características parecidas a los hongos (3).

Actualmente se piensa que esta lesión podría ser iniciada por microtraumatismos repetitivos resultando una hiperplasia y exagerada proliferación de tejido conectivo altamente vascularizado (2) además de la presencia de irritantes locales como por ejemplo exfoliación de dientes primarios, espículas óseas, trauma del cepillado, irritación gingival por placa y cálculo, sobre todo cuando están localizados en encía.(4, 5, 6)

Diversos estudios han concluido que el G. P. Se presenta en ambos géneros pero con mayor predilección en el femenino, según las edades se presenta con mayor frecuencia en la segunda y cuarta década de vida (7), presenta entre 10 a 15% de recidiva (8) y se localiza mas frecuentemente en el cuadrante II (7) y en la zona anterior con respecto a la posterior en ambas arcadas. (2)

Clinicamente esta lesión ofrecen el aspecto de masas rojizas, de consistencia blanda, son sangrantes e indoloros (1), no existe exudado purulento franco, a pesar del nombre común de la lesión,(9) los G. P. pueden ser pedunculados o de base ancha y varían en tamaño, desde unos cuantos milímetros hasta varios centímetros.(10) Puesto que las lesiones pequeñas están localizadas en el tejido blando gingival, no suele existir alteración radiográfica del hueso debido a que, por lo general, no causa resorción de hueso. (10) Se pueden establecer diagnósticos diferenciales con: Fibroma Odontogénico Periférico(10), Hemangioma, Sarcoma de Kaposi y Melanoma(11).

Histopatológicamente el G.P. se observa como una masa de tejido de granulación con infiltrado inflamatorio celular crónico. Las características destacadas son proliferación endotelial y formación de numerosos espacios vasculares. El epitelio superficial es atrófico en ciertas zonas e hiperplásico en otras.(6)

El tratamiento de pacientes con G. P. consiste en la excisión quirúrgica conservadora. La muestra debe ser sometida a evaluación microscópica para descartar otros diagnósticos más serios. Para la lesión gingival la excisión debería extenderse hasta periostio y los dientes adyacentes deben ser cuidadosamente raspados y alisados para remover cualquier fuente de irritación.(12) Si la extirpación es incompleta puede recurrir.(10)

#### **REPORTE DE CASO.**

Se trata de paciente femenina de 20 años de edad, de raza negra, la cual acude a consulta al Post-grado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la U.C.V. por presentar lesión recidivante en el lado postero derecho del maxilar superior.

Al interrogatorio la paciente refiere que en 1996 presenta sangrado al cepillado en primer cuadrante zona posterior, asiste al Hospital Luis Razetti y eliminan lesión, se desconoce el resultado; en 1997 recidivó la lesión y se realiza biopsia excisional y exodoncia del 17 en otro servicio., se desconoce resultado; en el 2000 reaparece la lesión pero con mayor tamaño, con sintomatología dolorosa, no recibió tratamiento; en el 2001 asiste a un servicio, por referir crecimiento muy rápido de la lesión y le realizaron biopsia incisional con diagnóstico de Granuloma Piogénico. En el 2002, al momento del examen clínico, refiere sangramiento al cepillado y leve dolor a la palpación. No existen antecedentes familiares ni personales relevantes.

Al examen intrabucal se observo lesión tumoral, de aspecto granulomatoso, localizado en reborde postero-superior derecho entre el 15 y el 18, de aproximadamente 3 cm. en sentido antero-posterior, 2 cm. vestibulo-palatino y 2 cm. de altura. La lesión es móvil, de base sésil, de color rosado oscuro con algunas zonas eritematosas y ulceradas, se encontraba cubierta por una membrana blanquecina en algunas zonas que son traumatizadas por el molar antagonista, presenta placa e irritantes locales. El 15 y 16 se observan desplazados y vestibularizados con movilidad grado II a III, ausencia de 17 y 18.



IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3

En la evaluación imagenológica se observa imagen radiopaca compatible con 15 y 16 sin soporte óseo, 18 sin completar

formación radicular en posición vertical alta, se observa imagen radiolúcida compatible con pérdida ósea de forma irregular, ausencia de cortical ósea y no se observa cortical definida del seno maxilar del lado derecho.



IMAGEN 4

La evaluación pre-operatoria incluye radiografía panorámica, tomografía computarizada, perfil hematológico quirúrgico, placa de tórax y evaluación cardiopulmonar. Se establece como plan de tratamiento realizar la biopsia excisional de la lesión bajo anestesia general y su respectivo estudio histopatológico.

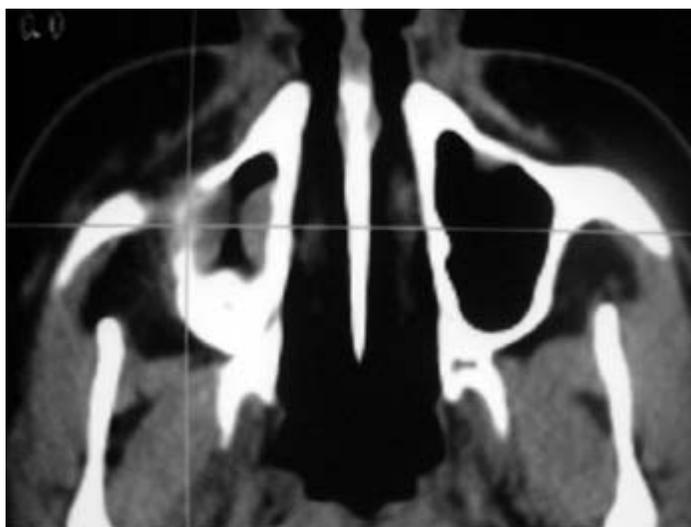


IMAGEN 5



IMAGEN 6

La eliminación quirúrgica es realizada en el Post-grado de Cirugía Bucal de la Facultad de Odontología de la U.C.V., en el acto quirúrgico se realizó biopsia excisional de la lesión, exodoncia de 14, 15, 16 y 18 y por la comunicación bucosinusal observada en los estudios imagenológicos se decide realizar el siguiente procedimiento:

- Incisión recta desde el 14 al 18 por vestibular a 5 mm. del borde libre de la encía.
- Exeresis de la lesión.
- Exodoncia de 14, 15, 16 y 18



IMAGEN 7

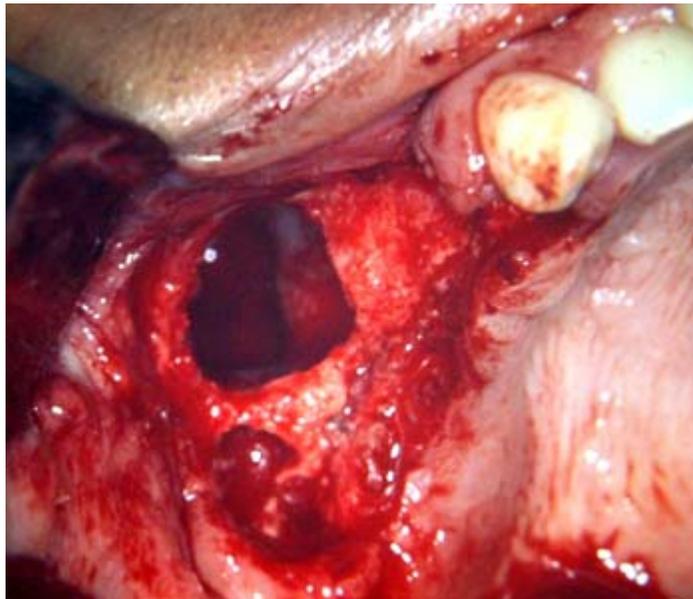


IMAGEN 8

- Incisión recta a 5 mm. del borde libre de la encía por palatino y levantamiento de colgajo palatino.
- Disección y ligadura de arteria Palatina Descendente o Palatina Superior (Izquierda), para permitir mayor movilidad del colgajo.
- Rotación del colgajo hacia la comunicación bucosinusal de 3 centímetros de largo por 0,5 de ancho.



IMAGEN 9

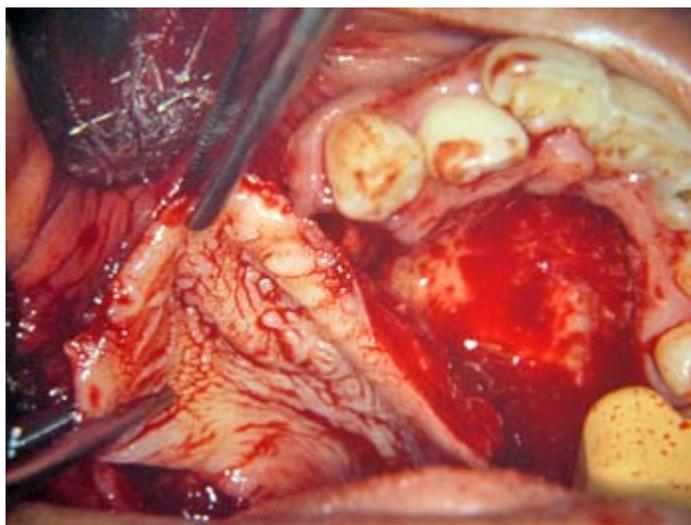


IMAGEN 10

- Colocación de tornillo de 2.0 x 5 mm. en paladar, para garantizar la unión del colgajo y eliminar cualquier área de espacio vacío entre el colgajo y el hueso.
- Sutura seda negra 3-0.

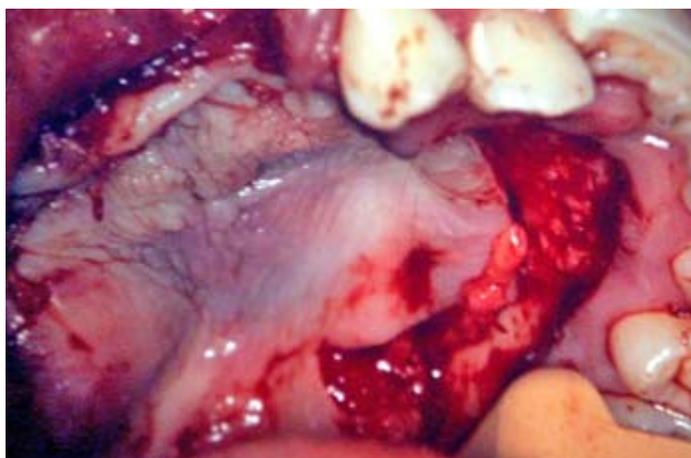


IMAGEN 11

- Indicaciones post-operatorias y medicación con Amoxicilina 500mg. + Ácido Clavulánico 125mg., Antihistamínico 10mg. y Ketoprofeno 100mg.
- Control post-quirúrgico a los 7 días.



IMAGEN 12

- Control post-quirúrgico a los 30 días.



IMAGEN 13



IMAGEN 14

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.**

El reporte de este caso nos demuestra como una conducta que no solucione el factor etiológico, permite que esta lesión recidive en múltiples ocasiones, alcanzando dimensiones poco comunes según lo reportado en la bibliografía. El odontólogo tratante debe tomar en cuenta que toda lesión debe ser sometida a su estudio histopatológico y corroborar, de esta forma, el Diagnóstico Presuntivo, además se debe mantener un control postquirúrgico del paciente para comprobar que el tratamiento fue exitoso.

La planificación del caso debe realizarse tomando en cuenta cada una de las variables como es la eliminación de proceso patológico y adicionalmente a esto solucionar los defectos quirúrgicos que queden en el paciente permitiendo de esta manera lograr una mejor rehabilitación del mismo.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Donado M.: Cirugía Bucal, Patología y Técnica. 2a edición, España, Editorial Masson S.A. 2002.
2. Lawoyin J.O.: Oral pyogenic granuloma: a review of 38 cases from Ibadan, Nigeria. Br. J. Oral Maxillofac. Surg, (1997); 35 (3): 185 - 189.
3. Lee J.; Lynde C.: Pyogenic granuloma: pyogenic again? Association between pyogenic granuloma and Bartonella. J. Cutan. Med. Surg. (2001); 5 (6): 467 - 470.
4. Muench M.G.; Layton S.; Wright J.M.: Pyogenic granuloma associated with a natal tooth: case report. Pediatric Dent. (1992); 14 (3): 265 -267.
5. Sapp PH.; Lewis; George: Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2a edición, España, Editorial Elsevier. 2005.
6. Carranza F.A.; Newman M.G.: Periodontología Clínica. 9a edición, México, Editorial McGraw- Hill Interamericana. 2004.
7. Osorio A.Y.: Prevalencia de las lesiones reactivas en tejidos periodontales en una población del servicio de clínica estomatológica de la Universidad Central de Venezuela desde Enero de 1992 hasta Julio del 2002. Trabajo especial para ascender a la categoría de Agregado en el escalafón universitario. UCV. 2002.
8. De Giorgi V.; Sestini S.; Nardini P.; Carli P.: A 42 - year - old man with a rapidly growing lesion of the soft palate. Canadian Medical Association Journal. (2005); 173 (4): 173 - 174.
9. Lynch; Brightman; Greenberg: Medicina Bucal de Burket. 9a edición, México, Editorial McGraw -

Hill Interamericana.1996.

10. Regezi, J.; Sciubba, J.: Patología Bucal. 3a edición, México, Editorial McGraw - Hill Interamericana.2000.
11. Lazarde, J.: Granuloma de gran tamaño: presentación de un caso. Acta Odontológica de Venezuela. (2003); 41 (3): 240 - 243.
12. Neville, B.: Oral and Maxillofacial Pathology. 2a edición, China, W.B. Sanders Company.2002.